Beiträge zur Kenntnis der Rektumkarzinome nebst Bemerkungen zur Frühdiagnose.

Von

Dr. J. BOAS
in Berlin.

S. K.

BERLIN 1906.
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 15.

SONDER-ABDRUCK AUS DEM ARCHIV FÜR VERDAUUNGSKRANKHEITEN. BD. XI.

Gedruckt bei Imberg & Lefson in Berlin W. 9.

Während die Chirurgen in gewissen Zwischenräumen ihre Erfahrungen über einzelne wichtige Kapitel ihrer Disziplin veröffentlichen und so zum Austausch der Meinungen wertvolle Beiträge liefern, verhalten sich die Internisten diesen Bestrebungen gegenüber auffallend zurückhaltend. Zweifellos ist die Chirurgie der inneren Medizin darin überlegen, dass die operative Technik sich gewissermassen in fortwährendem Flusse befindet, dass ferner die Operationsstatistiken ein grosses Interesse in Anspruch nehmen, dass die Indikationen und Kontraindikationen der Operationen immer wieder grosszügige Diskussionen hervorrufen, endlich, dass auch die Kasuistik zur Schärfung des Urteils und des individuellen Vorgehens ein gut Teil beiträgt.

Die innere Medizin hat, soweit es sich um Grenzgebiete handelt, eine viel bescheidenere Aufgabe; sie kann nur in bezug auf die klinische Seite des Gegenstandes, sowie auf die etwaigen Indikationsfragen klärend wirken.

Diese Pflicht soll sie aber auch, will sie nicht das Gebiet völlig der Chirurgie ausliefern, in ausgedehntestem Masse erfüllen. Nicht Operation sondern Kooperation soll der Standpunkt der beiden Schwesterdisziplinen sein.

Aus diesem Grunde halte ich es für angezeigt, als Internist meine Erfahrungen über das Rectumkarzinom mitzuteilen. Soweit mir bekannt, sind bisher von interner Seite kaum je grösse Beobachtungsserien über diesen Gegenstand veröffentlicht worden. Vielleicht, dass diese Publikation die Anregung auch für andere bildet, auf diesem und ähnlichen Grenzgebieten ihr gesamtes Material einer Durchsicht zu unterziehen.

Meine eigenen Beobachtungen über den Mastdarmkrebs, denen das folgende Material entnommen ist, erstrecken sich auf 9 Jahre. Seit dem Jahre 1896 habe ich sämtliche sicheren Fälle von Karzinomen des Magendarmkanals nach einheitlichen klinischen Gesichtspunkten gesammelt. Nachdem die Zahl der Einzelfälle 500 überschritten hat, glaubte ich den Zeitpunkt gekommen, mein Material nunmehr abschliessen und das Verwertbare daraus mitteilen zu dürfen.

Im ganzen beziehen sich meine Beobachtungen auf die nicht unbeträchtliche Zahl von 83 Rectumkarzinomen[1]). Diese Zahl wird in meiner Statistik nur noch übertroffen von den Magenkarzinomen (in Summa 245) und den Karzinomen des Ösophagus und der Cardia (in Summa 100 Fälle). Die Karzinome des Rectum stehen demgemäss in Hinsicht auf ihre Häufigkeit an dritter Stelle, während die Kolonkarzinome, Leber-, Pankreas, Dünndarmkarzinome erst in weitem Abstande den letztgenannten folgen.

Den Rectumkarzinomen kommt aber noch eine besondere, sie von den übrigen Intestinalkarzinomen scharf unterscheidende Bedeutung zu: das ist ihre ungemein leichte Erkennbarkeit. Aus diesem Grunde bilden sie einen ausgezeichneten Prüfstein für den Wert der sogenannten Frühdiagnose. Wir werden daher im Folgenden ausser dem klinischen Symptomenkomplex auch dieser Frage unsere Aufmerksamkeit zuwenden.

1. Vorläufer der Rectumkarzinome.

An und für sich ist das Rectum für die Etablierung maligner Neubildungen in hohem Grade geeignet. Treffen doch gerade hier mechanische Reize die Schleimhaut besonders intensiv und anhaltend. Es ist nun denkbar, dass eine Steigerung der Reizbedingungen auch die Disposition für Erkrankung an Karzinom steigern könnte.

Es ist deshalb von Interesse, ein grösseres Material daraufhin zu studieren, ob dem Rectumkarzinome in gewisser Häufigkeit andere Erkrankungen des Kolon oder gar des Mastdarms vorausgehen.

In den 83 Fällen meiner Statistik finden sich nun in der Tat mancherlei Vorläufer verzeichnet, Vorläufer, welche ent-

---

[1]) Inzwischen ist mein Material auf 100 Fälle gestiegen. Doch sind die letzten 17 in vorliegender Arbeit nicht mehr berücksichtigt.

weder den gesamten Darmkanal oder das Rectum betreffen. So finden sich in der Anamnese vermerkt: Obstipation, Hämorrhoiden, Fisteln, Polypen, Kolitis (besonders Diarrhoen). Einige dieser können ohne weiteres als disponierende Momente ausscheiden, da ihre Häufigkeit nicht über das Mass des Zufalles hinausgeht. Dahin gehören z. B. Fisteln (3 Fälle), Polypen (1 Fall) und Kolitis (5 Fälle). Dagegen scheinen die habituelle Obstipation und die Hämorrhoiden eine grössere disponierende Rolle zu spielen, da die erstere in 15, die letzteren sogar in 22 Fällen als prodromale Krankheiten in der Anamnese figurieren.

Von besonderem Interesse sind hierbei Fälle, bei denen die Anamnese seit Jahren bestehende zeitweilige Mastdarmblutungen ergibt. Eine solche Anamnese führt leicht zum Schaden der Kranken zu Täuschungen und verhindert eine rechtzeitige Digitaluntersuchung.

In der Statistik findet sich, wie bereits erwähnt, ein Fall mit jahrelang vorausgehender Polypenbildung, den ich wegen des leichten Überganges von gutartigen in bösartige Geschwülste kurz erwähnen möchte.

Es handelte sich um einen 71jährigen Zigarrenhändler B. aus Berlin. Vor 50 Jahren luetische Infektion, später immer gesund geblieben. Gesunde Kinder. Kein Abort seitens der Frau.

Im Jahre 1895 erkrankte Patient an starken blutigen Durchfällen, die ihn sehr herunterbrachten. Zugleich bestand starker Tenesmus. Die Untersuchung ergab eine ausgesprochene Polyposis recti. Man konnte mit dem Finger zahlreiche erbsen- bis kirschgrosse Polypen entfernen.

Drei Jahre später stellte sich ein auffallender Appetitverlust mit sichtbarem Kräfteverfall ein. Die Blutungen aus dem Mastdarm, die einige Jahre sistiert hatten, begannen von neuem, zugleich mit viel Schleim vermischt. Dauernder Tenesmus. Die Untersuchung ergab am 5. II. 1899 4 cm vom Anus ein steinhartes, fest mit der Unterlage verwachsenes Karzinom. Im Jahre 1900 ging der Patient an zunehmender Kachexie zugrunde.

Bekanntlich sind Fälle von Übergang von Polyposis recti (et intestinorum) in den letzten Jahren mehrfach beobachtet worden. Ich verweise hierüber auf die Arbeit von Port[1]), in welcher sich 12 Fälle dieses Überganges zusammengestellt finden.

2. Beginn.

Bei keiner Form der intestinalen Karzinome ist die Feststellung der ersten Symptome von so umfassender Bedeutung,

[1]) Port, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 42, H. 1 u. 2.

wie bei der des Mastdarmes. Gerade hier müsste, streng genommen, eine frühzeitige Diagnose bei grösster Sorgfalt der Kranken und des Arztes am leichtesten zu ermöglichen sein, und es ist daher nicht überflüssig, auch an dem vorliegenden Material den ersten Äusserungen der Neubildung mit grösster Sorgfalt nachzugehen.

Zwar sind in allen Lehrbüchern und Monographien, sowie auch sonst in der einschlägigen Literatur die Symptome des Mastdarmkarzinoms treffend geschildert. Indessen gehören die meisten Schilderungen der chirurgischen Literatur an, und bei diesen überwiegt naturgemäss das Interesse der chirurgischen Behandlung. Im Folgenden sollen den bereits bekannten Symptomen zunächst einige neue hinzugefügt werden, sodann auch eine richtige Bewertung der einzelnen Zeichen versucht werden.

Als allgemeine Regel gilt, dass die ersten Symptome des Rectumkarzinoms sich äussern in Tenesmus, Verstopfung oder diese abwechselnd mit Diarrhoe und endlich in Abgang von Blut und Schleim. Diese Trias von Symptomen findet sich in der Tat auch in meinem Material so häufig wieder, dass man sie als die klassischen Symptome des Rectumkarzinoms bezeichnen kann. Indessen kommt es, wie ich zeigen werde, durchaus nicht selten vor, dass diese Krankheitsäusserungen sich nicht im Beginne, sondern erst im vorgeschritteneren Stadium des Leidens entwickeln.

In mehreren Fällen war der Beginn ein ganz anderer. Die Klagen der Kranken begannen vielmehr mit heftigen kolikartigen Leibschmerzen, die sich in gewissen Abständen mit wachsender Heftigkeit wiederholten. Ich führe als Beispiele die drei folgenden an:

1. Wilh. E., städtischer Beamter, 59 Jahre alt. In Behandlung getreten am 16. I. 1899. Der Patient lttt im Jahre 1896 an Mastdarmfistel und wurde von Prof. Körte operiert. Im Dezember 1897 erkrankte Patient an heftigen, krampfartigen Unterleibsschmerzen mit häufigen Diarrhoen (5—8 mal am Tage). Diese Anfälle wiederholten sich alle 3—4 Tage. Seit einigen Wochen hat sich hierzu Stuhldrang gesellt und zwar etwa alle 2—3 Stunden. Es werden aber immer nur „Spritzer" entleert unter starken Blähungen. Im Laufe des letzten Jahres 25 Pfd. Gewichtsabnahme, in den letzten 5 Monaten wieder Gewichtszunahme. Lokalbefund am Rectum: hochsitzende, trichterförmige, ulzerierte, höckerige Geschwulst.

2. B. J., Gutssekretär aus B., 32 Jahre alt. In Behandlung getreten am 21. VIII. 1901. Der Patient gibt an, in seinem Wohnbezirk mit zirka 5 Magenkrebskranken in einem Zeitraume von 5 Jahren in nähere Berührung gekommen zu sein. Seit 12 Jahren leidet Patient an Diarrhoen mit Abgang von Schleim. Vor 10 Jahren eine fieberhafte schmerzhafte Entzündung in

der rechten Bauchhälfte, an der er 3 Wochen lang bettlägerig war. Seit Herbst 1900 etwa alle 3—4 Tage krampfartige Schmerzen in der Unterbauchgegend, die mit Abgang von flüssigen, sich 6—7 mal wiederholenden Entleerungen nachliessen. Dabei war der Appetit stets gut. Gewichtsabnahme seit einem Jahre zirka 8 Kilo. Befund am Abdomen und Rectum: In der Ileocoecalgegend ein über faustgrosser, harter höckeriger Tumor von guter Beweglichkeit. Ausserdem mehrfache feste Drüsenpakete an verschiedenen Stellen des Abdomen. Rectal ist an der vorderen Wand eine kleinapfelgrosse, breit aufsitzende, derbe, leicht ulzerierte Protuberanz zu fühlen. Hinten findet sich eine starre Infiltration des periproktitischen Gewebes, Schleimhaut darüber schlecht verschieblich.

3. Heinr. K., Landwirt, 44 J. In Behandlung getreten am 1. X. 1903. Litt von Jugend auf an Verstopfung, war aber sonst gesund. Der Beginn der jetzigen Erkrankung datiert vom 23. VI. 1903. An diesem Tage entwickelte sich ohne erkennbare Ursache ein heftiger „Magenkrampf“ (?) mit Erbrechen. Danach blieb ein Zustand von „Magenschwäche“ zurück. Erst Ende August 1903 kam es zu Tenesmus mit Abgang von Schleim und kleinen Blutstreifchen. Zugleich entwickelten sich Schmerzen, die vom Kreuz nach den Schultern zu ausstrahlten. Die Palpation des Rectum ergibt 4 cm vom Anus völlig unbeweglichen harten Tumor. Rectoskopisch sieht man gleichfalls ulzerierenden Tumor. Ausserdem bestehen Metastasen in der Leber. Der Urin enthält Eiweiss und spärliche hyaline Zylinder.

Ausser den genannten Fällen finden sich in meinem Material noch mehrere andere, bei denen gleichfalls als Initialerscheinungen über wiederholt auftretende krampfartige „Blähungen“ berichtet ist. Es folgt hieraus, dass man nicht bloss bei Symptomen, die mit Evidenz auf das Rectum als Sitz des Leidens hindeuten, eine Mastdarmuntersuchung vornehmen muss, sondern auch in solchen Fällen, deren Beschwerden scheinbar auf die höheren Darmpartien hinweisen.

Ausser den genannten kolikartigen Schmerzen finden sich in der Anamnese häufig Klagen über Kreuz- und Steissbeinschmerzen. Obgleich diese Symptome schon mehr als die eben beschriebenen den Sitz der Krankheit vermuten lassen, so bleiben sie doch häufig bei manchen Ärzten unbeachtet oder werden als „rheumatische“ angesehen oder imponieren auch wohl, namentlich im Zusammenhang mit Mastdarmblutungen als Hämorrhoidalbeschwerden. Ich möchte auf Grund meiner Erfahrungen dringend raten, auch diesem Symptom in Zukunft mehr Beachtung zu schenken.

Was nun den eigentlichen klassischen Beginn des Leidens betrifft, so ist zu bemerken, dass die oben genannten Symptome (Tenesmus, Blut- und Schleimabgang) keineswegs etwa immer kombiniert vorzukommen brauchen. So z. B. kann das allererste

Symptom eine heftige, ganz unmotivierte Mastdarmblutung sein. Diese Blutung kann nur einmal auftreten oder aber es können ihr andere grössere oder kleinere in längeren oder kürzeren Zwischenräumen folgen. Dabei brauchen sonst auch keine Stenoseerscheinungen zu bestehen, sondern diese können erst nach Wochen oder Monaten hinzutreten.

Die genannten Mastdarmblutungen tragen ganz den Charakter der Hämorrhoidalblutungen an sich, und da, wie wir bereits gesehen haben, in einem grossen Prozentsatz Hämorrhoiden bestanden haben oder sogar noch bestehen, so ist es kein Wunder, dass die Kranken diese Blutungen missachten oder sogar als erfreuliches Symptom der „goldenen Ader“ ansehen.

Von diesen grösseren Hämorrhagien wohl zu unterscheiden sind die in späteren Stadien zutage tretenden kleinen Blut- (und Schleim-)beimengungen zum Stuhl, die schon bei makroskopischer Untersuchung fast immer sichtbar sind, bei mikroskopischer kaum je fehlen dürften.

Der allerwichtigste Gesichtspunkt aber ist das Auftreten und die diagnostische Bewertung des Tenesmus.

Es ist allgemein bekannt, dass, wo Tenesmus besteht, irgend eine Mastdarmaffektion oder auch eine solche der tiefgelegenen Dickdarmpartien, Colon descendens oder S. Romanum vorliegen muss. Hierbei braucht die Ursache aber nicht direkt am Mastdarm zu sitzen, sondern es kann sich auch um eine Kompression von aussen handeln, z. B. bei Frauen durch Tumoren des Uterus oder der Ovarien. Es braucht sich auch keineswegs immer um eine organische Mastdarmkrankheit zu handeln, sondern es kommen, was nach meinen Erfahrungen in weiteren ärztlichen Kreisen weniger bekannt ist, auch rein nervöse Störungen vor, die durchaus und in allen Stücken dem Tenesmus bei Karzinom gleichen können. Diese Zustände sind, nebenbei gesagt, äusserst hartnäckig und können allen therapeutischen Behandlungsmethoden trotzen.

Ausser diesen, hier nicht in Frage kommenden Tenesmusformen spielt der Tenesmus der Hämorrhoidarier die wichtigste Rolle, weil er wiederum die Diagnose in falsche Bahnen lenkt. Es verdient daher hervorgehoben zu werden, dass der Tenesmus haemorrhoidalis nach meinen Erfahrungen keineswegs so häufig ist als noch vielfach angenommen wird. Auch ist der Hämorrhoidaltenesmus keineswegs eine konstante Erscheinung, er kann tage-, wochen- und monatelang schwinden, was beim Tenesmus des

Carcin. recti wohl nur bei weitgehendem ulzerativem Zerfall der Neubildung beobachtet wird.

Ausser den genannten Ursachen des Tenesmus kommen auch noch andere vor, die auf Geschwürsbildung in den unteren Darmpartien zurückzuführen sind. Vor allem findet sich Tenesmus bei den gonorrhoischen (früher fälschlich luetischen), mit Strikturbildung verbundenen Prozessen. Ferner ruft die akute oder die chronische Dysenterie fast konstant Tenesmus hervor. Desgleichen kann Tenesmus auch bei jener, erst in neuerer Zeit eingehend studierten Geschwürserkrankung des Colon beobachtet werden, die ich zuerst mit dem seither allgemein eingeführten Namen der Colitis ulcerosa bezeichnet habe. Endlich kommt Tenesmus auch bei Amöbendysenterie als eine häufige Begleiterscheinung zur Beobachtung.

In jedem Falle von Tenesmus hat aber der Arzt die Pflicht, die demselben etwa zugrunde liegende Ursache festzustellen.

Da wir auf diesen Punkt noch im Kapitel Diagnose zurückkommen werden, so liegt hier nur die Aufgabe vor, festzustellen, ob der Tenesmus als ein Frühsymptom zu betrachten ist oder nicht.

Ganz zweifellos ist, dass die überwiegende Mehrzahl der Kranken erst in diesem Stadium Gegenstand der Behandlung ist. Das ist kein Wunder. Der schmerzhafte, die Kranken Tag und Nacht quälende Drang und Stuhlzwang ist ein so lästiges und unbequemes Symptom, dass selbst die torpidesten Individuen von dem Wunsche beseelt sind, davon befreit zu werden.

Aber es gibt Fälle, bei denen der Tenesmus erst im Verlaufe der Krankheitsentwicklung sich einstellt, und es ist daher nicht ohne Interesse, diese in Bezug auf Häufigkeit und das zeitliche Auftreten des Tenesmus etwas genauer zu betrachten.

Unter den 83 Fällen meines Materials war mindestens 25mal der Tenesmus nicht das erste Symptom der Erkrankung. Er trat hinzu

nach	ca.	1 Monat		in	1	Fall
„	„	2 Monaten		„	6	Fällen
„	„	3 „		„	3	„
„	„	6 „		„	6	„
„	„	8 „		„	1	Fall
„	„	9 „		„	1	„
„	„	12 „		„	4	Fällen
„	„	18 „	(?)	„	1	Fall
„	„	24 „	(?)	„	2	Fällen.

Da aus einzelnen Angaben zwar hervorgeht, dass kein Tenesmus im Beginn der Krankheit vorlag, bestimmte Zeitangaben aber fehlen, so sind diese Fälle aus der vorstehenden Zusammenstellung fortgelassen. Sonst würde die Häufigkeit des späten Tenesmus noch eklatanter hervortreten.

Aber schon aus der obigen Tabelle ersieht man, dass in ca. $^2/_3$ der Fälle das Symptom des Tenesmus keineswegs immer das einleitende ist. Man ersieht ferner, dass es in der überwiegenden Zahl den ersten Symptomen um viele Monate nachfolgen kann, und wenn auch bei dem sich nach 18 bis 24 Monaten entwickelnden Tenesmus füglich ein Fragezeichen zu machen ist, so muss man doch zugeben, dass in der Tat der Tenesmus sehr oft als ein Spätsymptom des Mastdarmkarzinom in Erscheinung tritt.

Was schliesslich die Allgemeinstörungen betrifft, so kommt ihnen für den Beginn des Leidens gerade bei den Rectumkarzinomen keine erhebliche Bedeutung zu. Zwar finden sich in meiner Statistik hier und da Angaben über Mattigkeit, Gewichtsverlust, schlechtes Aussehen, Appetitlosigkeit, indessen stehen diesen Angaben andere und zwar zahlreichere gegenüber, bei denen sich in den ersten Stadien keine Klagen über derartige Störungen verzeichnet finden.

3. Verlauf.

Der Verlauf des Rectumkarzinoms kann in ähnlicher Weise, wie es beim Magenkarzinom der Fall ist, ein äusserst schneller, überstürzter sein oder umgekehrt, er kann sich über viele Monate, wahrscheinlich Jahre hin erstrecken, ohne eine wesentliche Beeinträchtigung der Gesamtkonstitution herbeizuführen.

Allerdings stösst man bei der Beurteilung dieses Momentes jedesmal auf die grosse Schwierigkeit der Feststellung des ersten Beginns. Und selbst, wenn uns die Kranken bestimmte Symptome angeben, so können wir niemals mit Sicherheit oder nur Wahrscheinlichkeit den Schluss ziehen, ob wir in diesen wirklich schon den Beginn der ernsten Erkrankung oder eine accidentelle Störung zu erblicken haben, auf deren Basis etwa das Neoplasma sich entwickelt hat.

Ebenso schwer ist es, zu sagen, ob nicht bei sehr präzipitiertem Verlauf leicht zu verkennende Krankheitssymptome, z. B. da und dort eine geringe Mastdarmblutung oder kleine Blut- oder Schleimbeimengungen zum Stuhl, übersehen worden sind.

Sehen wir von diesen, schwer aus der Welt zu schaffenden Fehlerquellen ab, so kann die Differenz zwischen den ungemein rapide verlaufenden und den langsam, fast gutartig sich entwickelnden Fällen keinem unbefangenen Beobachter entgehen.

Was die erstgenannten Fälle betrifft, so habe ich in meiner Statistik 24 Rectumkarzinome verzeichnet, bei denen seit dem ersten Beginne der Beschwerden nicht mehr als 3—12 Wochen vergangen waren. Unter diesen waren mindestens 6 Fälle, bei denen eine Operation wegen völliger Unbeweglichkeit des Tumor bereits unmöglich war. In einem dieser Fälle bestanden schon Lebermetastasen und desgleichen eine chronische Nephritis. In den übrig bleibenden 8 Fällen ist dreimal eine Exstirpation des Tumor vorgenommen worden, zweimal wurde eine Kolostomie ausgeführt. Nur zwei von den Exstirpierten haben die Operation für längere Zeit überstanden.

Ich werde auf dieses praktisch wichtige Moment im Abschnitt Frühdiagnose zurückkommen.

Umgekehrt haben wir auch Fälle mit merkwürdig langsamem Verlauf. In gar nicht seltenen Fällen liegen die allerersten Anfänge, d. h. Blutungen oder selbst Tenesmus, viele Monate, ja sogar 1—2—3 Jahre zurück, und in einzelnen darunter bot trotzdem der Tumor noch die besten Chancen für eine radikale Operation.

Diese Erfahrungen deuten, wie ich das bereits an anderer Stelle weiter ausgeführt habe[1]), darauf hin, dass die Skala der Malignität der Karzinome eine ungemein verschiedenartige ist, wie dies neuerdings auch Petersen und Colmers[2]) scharf betont haben. Zwischen absolut benignen und absolut malignen Tumoren kommen offenbar zahlreiche Übergangsformen vor mit günstigerer und wenig günstigerer Operationsprognose. Ja, Petersen und Colmers wollen sogar vor der Indikationsstellung zur Operation durch Probeexzision und mikroskopische Untersuchung die spezielle anatomische Form feststellen und damit auch ein Urteil über die relative Malignität des Tumors gewinnen.

Petersen und Colmers nehmen eine solche relative Gut-

---

[1]) Boas, Welche Aussichten bestehen für eine Frühdiagnose der Intestinalkarzinome? Mitteilungen aus den Grenzgebieten. Bd. XV. H. 1 u. 2. S. 73.

[2]) Petersen und Colmers, Anatomische und klinische Untersuchungen über die Magen- und Darmkarzinome. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 43. H. 1.

artigkeit nur für die Rectumkarzinome, nicht aber für die Magenkarzinome an. Nach meinen Erfahrungen gilt dies aber auch, wie ich an anderer Stelle gezeigt habe[1]), für die Magenkarzinome. Ich glaube auch sagen zu können, dass der Chemismus bei weniger oder mehr malignen Krebsarten des Magens gewisse Abweichungen zeigt, die freilich erst an der Hand eines umfangreichen und jahrelang durchbeobachteten Materials genau studiert werden müssen.

4. Diagnose und Differentialdiagnose.

Es gibt keine Karzinomart, bei welcher die Diagnose so leicht und sicher gestellt werden kann, wie beim Rectumkarzinom. Wenn trotzdem das Leiden nicht häufiger und nicht rechtzeitiger erkannt wird, so muss immer wieder den Ursachen der Fehldiagnosen nachgegangen werden.

Diese Ursachen liegen nach zwei ganz verschiedenen Richtungen. Zunächst geht aus meinem Material mit aller Evidenz hervor, dass zahlreiche Kranke sich erst dann zur ärztlichen Behandlung veranlasst fühlen, wenn eines der klassischen Symptome des Tenesmus oder Blut- oder Schleimabgang aus dem Mastdarm sie hierzu treibt. Wie wir aber oben gesehen haben, ist leider der Tenesmus in einer grossen Zahl von Rectumkarzinomen schon ein relativ spätes Symptom. So lange dieses fehlt, werden die übrigen Unregelmässigkeiten der Stuhlentleerung und kleinere oder grössere Blutungen aber fast stereotyp von den Kranken als Hämorrhoidalblutungen angesehen und daher wenig beachtet.

Die zweite Ursache der Fehldiagnose liegt an den Ärzten selbst. Und zwar gibt es hier wiederum zweierlei Gruppen von Fehldiagnosen. Die eine beruht darauf, dass die Ärzte rektal überhaupt nicht oder doch nicht früh genug untersuchen. Ich glaube, dass hierin in den letzten Jahren ein entschiedener Wandel zum besseren eingetreten ist. Immerhin kommen noch Fälle genug vor, die unstreitig zeigen, dass die Untersuchung des Rectum unterlassen worden ist. Vielfach wird sie aber zu spät unternommen, in einem Stadium, in welchem der Kranke von der Feststellung der Diagnose keinen praktischen Nutzen mehr hat.

Es ist daher unbedingt auf den Universitäten zu lehren

[1]) Boas, l. c.

und zu fordern, dass nicht bloss bei dem Vorliegen der klassischen Symptomentrias eine digitale Untersuchung zu geschehen hat, sondern auch überall da, wo überhaupt Unregelmässigkeiten der Stuhlentleerung und unbedingt, wo je eine Mastdarmblutung stattgefunden hat. Dabei ist es ganz gleichgültig, ob äussere Hämorrhoiden vorliegen oder nicht, da Rectumkarzinom und Hämorrhoiden sich erfahrungsgemäss keineswegs ausschliessen. Dasselbe gilt auch für Fisteln, die gleichfalls in Verbindung mit Karzinom vorkommen können.

Eine weitere Quelle von Fehldiagnosen ist darin begründet, dass die Ärzte zwar das Rectum touchieren, aber entweder überhaupt nichts finden oder sich über ihren Befund nicht klar sind. Im letzteren Falle sollte unbedingt ein Chirurg oder Darmspezialist zu Rate gezogen werden. Viel häufiger ist es mir passiert, dass auch sonst sehr tüchtige Ärzte hochsitzende Rektalkarzinome nicht gefühlt haben, die ich sofort als solche agnoszieren konnte.

Vielfach wird ferner die Diagnose Mastdarmkarzinom verfehlt, weil die Kranken durch ihr blühendes Aussehen über jeden Verdacht einer bösartigen Neubildung erhaben zu sein scheinen. Man beruhigt sich meist, wenn man hört, dass die Kranken keinen oder keinen wesentlichen Gewichtsverlust zu verzeichnen haben. Ist dieses Moment schon bei den höhersitzenden Karzinomen eine Quelle verhängnisvoller Täuschungen, so wird sie es in noch grösserem Masse bei den Rektalkarzinomen. Es kann hier, wie jeder Erfahrene weiss, eine Gewichtsreduktion bis in die vorgeschrittensten Stadien fehlen. Das ist auch nicht wunderbar, wenn wir bedenken, dass die Verdauungs- und Assimilationstätigkeit durch eine tiefsitzende Stenose in keiner Weise behindert wird. Das gilt auch, von seltenen Ausnahmen abgesehen, für den Appetit.

Auch der Umstand, dass leicht abgemagerte Kranke bei kräftiger und besonders fettreicher Nahrungszufuhr an Gewicht zunehmen, wie ich dies in zahlreichen Fällen von Rectumkarzinomen gesehen habe, spricht keineswegs gegen die Annahme eines malignen Prozesses.

So bleibt denn also, abgesehen von der digitalen und okularen Untersuchung, auf welche ich im folgenden einzugehen haben werde, kein objektiv brauchbares Symptom, welches mit Sicherheit oder auch nur Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen eines tiefgreifenden Mastdarmleidens hinzudeuten vermag. Ich

möchte aber einer Reihe praktisch wichtiger Momente gedenken, die zwar weder konstant vorkommen, noch auch die Diagnose sichern, falls sie aber vorkommen, unbedingt einen gewissen Verdacht auf eine ernste Mastdarmerkrankung wecken und den gewissenhaften Arzt sofort zu einer Digital- oder Okularexploration bestimmen müssen. Zunächst möchte ich auf ein sehr triviales Symptom aufmerksam machen, das in Verbindung mit den subjektiven Klagen bisweilen den Arzt sofort auf den richtigen Weg führt. Das ist der Geruch der Kleider, speziell der Beinkleider und Unterbeinkleider bei Mastdarmkarzinomen. Wenn man beim Auskleiden der Kranken mit der Nase in die Nähe dieser Kleidungsstücke kommt, so hat man sofort den eigenartigen jauchigen Gestank, der aus ulzerösem Karzinomzerfall herrührt. Sobald man dies bemerkt hat, versäume man nicht, sich die Wäsche der Kranken, zumal das Hemd anzusehen, und man wird dann selbst bei sauberen Menschen der besten Klassen hier und da einen ungemein charakteristischen Fleck von demselben fötiden (nicht fäkalen!) Geruch wahrnehmen, wie ihn schon die übrigen Kleidungsstücke zeigten. Ich mache auf dieses, für die meisten Leser gewiss überflüssige Geruchssymptom aufmerksam, um manchen Ärzten aus diesem sich der Nase gewissermassen aufdrängenden Zeichen die Indikation zur sofortigen Digitaluntersuchung darzulegen.

Ein weiteres wichtiges Symptom ist das ganz eigenartige Verhalten der Stuhlentleerungen. Die Kranken klagen über nichts anderes als über wiederholt am Tage auftretende dünnflüssige oder auch mit harten Kotbröckeln vermischte Entleerungen. Während aber bei den gewöhnlichen Formen der Enteritis oder auch bei nervösen Diarrhoen die Masse des Entleerten in der Regel sehr umfangreich ist (selbstredend unter gewissen quantitativen Schwankungen), so zeichnen sich die Diarrhoen bei tiefsitzender Stenose durch die auffallende Geringfügigkeit jeder einzelnen Entleerung aus. Die Kranken bezeichnen dieselben meist als „Spritzer“. Ich halte diese Bezeichnung für sehr charakteristisch und pflege bei allen Klagen über Diarrhoen sofort eine dahingehende Frage an die Kranken zu richten. Ich möchte hierbei noch auf eine andere, gleichfalls als Stütze dienende Erfahrung hinweisen, die mich vielfach sofort auf die rechte Fährte gebracht und selbst bei Fehlen anderer charakteristischer Symptome zu einer Digitalexploration des Mastdarmes veranlasst hat.

Das ist die Erfahrung, dass Kranke mit den oben geschilderten Diarrhoen diese nicht verlieren, obgleich sie diätetisch in jeder Beziehung vorsichtig gelebt haben, Tannalbin, Opium, Wismut in den denkbar grössten Dosen und systematisch geschluckt haben. Kranke, die mit einem solchen Berichte zu mir kommen, pflege ich immer und unverzüglich rektal zu untersuchen. Denn jede diätetisch und medikamentös rationell behandelte einfache, chronische Diarrhoe muss unbedingt „stehen", mindestens für eine gewisse Zeit. Tut sie es nicht, so ist sie eben wahrscheinlich keine Diarrhoe, sondern eher umgekehrt eine schwere Obstipation.

Eine unter Umständen recht wichtige Bestätigung des Vorliegens solcher „falscher Diarrhoen" bietet ferner die Untersuchung des Abdomen. Während man bei idiopathischen, durch hochsitzenden Darmkatarrh verursachten Diarrhoen die Darmschlingen regelmässig leer findet, begegnet man in Fällen von diesen, der Gruppe der Sterkoraldiarrhoen angehörigen Durchfällen häufig einer deutlich wahrnehmbaren „Impaktion" der Darmschlingen mit perlschnurartig angeordneten Kotkonglomeraten, namentlich im Colon descendens und dem S. romanum. Falls man diese leicht wahrzunehmenden Kotanhäufungen palpiert, ist die Diagnose einer primären Obstipation unter allen Umständen sichergestellt.

Mit den genannten Symptomen geht weiter Hand in Hand eine bereits von anderen gemachte Erfahrung, welche das Verhalten des Harnindikan betrifft. Einfache chronische Diarrhoen pflegen nicht hohe Vermehrung des Indikan zu zeigen. Dagegen findet man bei den sogen. falschen, obstruktiven Diarrhoen in zahlreichen Fällen sehr erheblichen Indikanreichtum. Da es nun viele Ärzte gibt, die sich lieber mit Harn- als mit Rectumuntersuchungen beschäftigen, so kann unter Umständen auch dieses Symptom dem denkenden Arzte anzeigen, dass im gegebenen Falle ein Obstruktionszustand vorliegt, und ihn auf Grund dieser Tatsache veranlassen, der letzten Ursache desselben nachzugehen.

Das Entscheidende in der Diagnose aber ist und bleibt die Digital- und bis zu einem gewissen Grade die Okularexploration. Was die erstere betrifft, so ist die Feststellung eines tiefsitzenden Karzinoms eine so überaus leichte und einfache, dass schon bei geringer Übung die Diagnose kaum zu verfehlen ist.[1]) Die un-

[1]) Häufig ist der untere Mastdarmabschnitt mit mehr oder weniger festen Kotmassen gefüllt, wodurch nach meiner Erfahrung die Feststellbar-

ebene, wulstige, schwer auf der Unterlage verschiebliche, leicht blutende Neubildung ist kaum mit irgend etwas anderem zu verwechseln. Nur die hochsitzenden Neoplasmen sind bisweilen schwer oder gar nicht mit dem Finger erreichbar, und man darf daher in Fällen, wo die wiederholt erwähnte Symptomentrias die Diagnose eines tiefsitzenden Neoplasma nahelegt, nicht eher ruhen, bis man deren Ursache mit Sicherheit feststellen kann.

Ich mache gleich hier darauf aufmerksam, dass, wenn selbst bei sorgfältigster Abtastung der hochgelegenen Rectumpartien nichts Krankhaftes gefunden wird, immer der Verdacht bestehen muss, ob nicht der supponierte Tumor der Fl. sigmoidea angehört. Man wird dann mit verdoppeltem Eifer diesen Darmabschnitt immer wieder unter den verschiedensten Füllungszuständen, vielleicht auch nach Wasser- oder Luftaufblähung, der palpierenden Hand zu nähern suchen.

In allen zweifelhaften Fällen hochgelegener Tumoren kann man durch Okularinspektion mit diesem oder jenem Spekulum, immer bei guter Beleuchtung, auch einmal nicht fühlbare Tumoren zu Gesicht bekommen. Es ist mir dies mehrfach mit aller Sicherheit gelungen. Es ist aber wohl möglich, dass man bei grösserer Übung und wiederholter, geduldiger Untersuchung öfters besser durch Beleuchtung als durch Betastung zum Ziele kommt. Bei tiefsitzenden Karzinomen halte ich in Übereinstimmung mit den meisten Chirurgen eine Ocularinspektion für entbehrlich. Allenfalls mag man sie anwenden, wenn die Natur des Tumors zweifelhaft und die mikroskopische Untersuchung eines kleinen Tumorabschnittes wünschenswert ist. Die Art des Spekulum halte ich für gleichgültig. Die Hauptsache ist, dass man etwas darin sieht. Meiner Erfahrung nach besitzen wir ein wirklich gutes, allen Anforderungen entsprechendes Mastdarmspekulum überhaupt noch nicht. Ich selbst bediene mich des Herzsteinschen Spekulums, das der genannte Autor in neuerer Zeit auch mit Vorrichtung zur Luftaufblähung und mit verschieden langen Tuben ausgestattet hat.

In einzelnen Fällen — es ist mir zweimal vorgekommen — kann man die Diagnose noch mehr sichern durch digitale Ablösung eines kleinen Geschwulstteilchens mit dem Finger. I

---

keit eines Tumors misslingt. Das gilt ganz besonders für hochliegend Tumoren. Es ist dann notwendig, die Untersuchung bei völlig entleerte Rectum (Klystiere) zu wiederholen.

diesen beiden Fällen gelang es ganz mühelos, in anderen mag man durch Schaben mit dem Finger oder mittelst einer Schere oder einer Quetschzange am besten im Spekulum kleine Geschwulstpartikel behufs mikroskopischer Untersuchung zu entfernen versuchen.

Doch darf der diagnostische Gewinn dieser Massnahmen nicht überschätzt werden, da auch schon ohne mikroskopische Untersuchung die Natur des Prozesses selten unklar ist. Allenfalls kann man, worauf Petersen und Colmers, wie bereits erwähnt, neuerdings grossen Wert legen, durch eine Probeexzision die Art des Karzinom feststellen, was für die Prognose der Operation gelegentlich von Bedeutung sein kann.

Was die Differentialdiagnose betrifft, so kommen ausser den ungemein seltenen, praktisch wohl ganz ausser Betracht kommenden benignen Tumoren die gummösen und proktitischen Prozesse in Betracht. Wir verzichten hier, auf die Ätiologie der letzteren genauer einzugehen, zu Missdeutungen geben sie nur dem Anlass, der noch keine narbigen Proktitisstenosen gefühlt oder gesehen hat. Der Unterschied zwischen beiden ist ein so in die Augen springender, dass ein Schwanken kaum eintreten kann. Ich verweise bezüglich der Differentialdiagnose auf die vortreffliche Schilderung von Kraske[1]), der ich kein Wort hinzuzufügen brauche.

Mit der blossen Diagnose bei Rektumkarzinom ist aber die Aufgabe des Internisten keineswegs erledigt. Da der Kranke sich in seiner Hand und Obhut befindet, so muss er auch den Fall hinsichtlich der Operabilitätsfrage beurteilen können. Man kann zwar prinzipiell in jedem Falle einen Chirurgen hinzuziehen und mit ihm die Operationsfrage ventilieren, indessen kann der geübte Internist schon sehr oft die Aussichtslosigkeit jedes Eingriffes klar übersehen. In solchen Fällen ist es aber für die Psyche des Kranken nach meinen Empfindungen besser, ihm die qualvollen, zwischen Furcht und Hoffnung hin- und herschwankenden Gemütsbewegungen zu ersparen. Auf die Indikationen und Kontraindikationen der Operation werden wir in einem späteren Abschnitt zurückkommen.

5. Wert und Bedeutung der Frühdiagnose.

Schon im Vorhergehenden ist die Frage der Frühdiagnose der Rektalkarzinome mehrfach gestreift worden. Im folgenden

[1]) Kraske, Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. 1897. No. 183/184.

soll der Versuch gemacht werden, diesen wichtigen Gegenstand zusammenfassend zu erörtern. Wie ich das mehrfach in anderen Publikationen betont habe, gibt es bei dem heutigen Stand der Wissenschaft nur eine Frühdiagnose des Karzinom: die mit Rücksicht auf die Operabilität. Wenn ein frühdiagnostiziertes Karzinom nicht auch frühzeitig operiert wird, so nützt dem Träger des Karzinoms die Frühdiagnose nur sehr wenig.

Alle Forderungen der Frühdiagnostik werden demnach darauf hinauslaufen müssen, die Karzinome nicht so früh als möglich zu diagnostizieren, sondern gerade so früh, dass sie glatt exstirpierbar sind. Nun habe ich schon in meiner mehrfach zitierten Arbeit den Beweis zu erbringen versucht, dass die Frühdiagnose keineswegs in direkte Relation zur Zeit ihres Bestehens zu bringen ist. Auch die oben ausgeführte Tatsache, dass selbst nach erst dreiwöchentlichem Bestehen der ersten Symptome ein radikaler Eingriff aussichtslos sein kann, zeigt uns, dass hier unserem besten Wollen und Können Grenzen gezogen sind.

Dazu kommen noch andere Momente, die zwar mit der Frühdiagnose selbst nichts zu tun haben, die Frühoperation aber in zahlreichen, an sich günstig liegenden Fällen erschweren. Das wesentlichste davon ist die althergebrachte und, wie ich gleich vorausschicken will, berechtigte Mahnung, dass der Arzt dem Kranken die wahre Natur seines Leidens verbergen oder richtiger verschleiern muss. Auch die Angehörigen, denen der Arzt vielleicht den wahren Sachverhalt rückhaltlos klarlegt, werden dem Kranken nicht die ungeschminkte Wahrheit eröffnen, ihm nicht sagen wollen, dass er ohne Operation in wenigen Monaten ein verlorener Mann sei. Da nun in den ersten Stadien die Beschwerden sehr erträglich sind, so liegt für den Patienten in der Tat anscheinend kein triftiger Grund zur Vornahme eines Eingriffes vor, der, wie ihm der Chirurg oder der Internist wahrheitsgemäss eröffnen muss, keineswegs gefahrlos ist.

Fragt der Kranke, wie dies menschlich begreiflich, mehrere Ärzte, so kann man sicher darauf rechnen, dass und zwar optima fide die Ansichten auseinandergehen werden. Der eine Arzt wird die Diagnose noch nicht für gesichert halten, der andere steht prinzipiell allen operativen Eingriffen bei Karzinom skeptisch gegenüber, der dritte glaubt, dass zum Operieren immer noch Zeit sei, und so wird denn der geeignete Moment zur Operation unbenutzt verstreichen.

Dazu kommt die Messerscheu der Kranken, kommen Konsultationen bei Kurpfuschern usw. In zahlreichen Fällen habe ich auch darauf geachtet, in welchem Stadium ihres Leidens die Kranken einen Arzt aufsuchen. Und dabei bin ich, ähnlich wie andere Ärzte, zu sehr entmutigenden Erfahrungen gelangt. Bei etwa 20 pCt. der Kranken sind Wochen und Monate vergangen, ehe sie sich hierzu veranlasst sahen, und das, obgleich schon sehr in die Augen springende Symptome des Mastdarmleidens vorlagen.

Alle diese Momente weisen darauf hin, dass selbst bei einer so leicht erkennbaren Karzinomart, wie es das Rektumkarzinom ist, das Streben nach einer Frühdiagnose nichts ist als ein schöner Traum. Alle unsere Bemühungen werden jetzt und auch in Zukunft an den einfachen und brutalen Tatsachen scheitern, dass wir einen grossen Teil der Kranken, wenn wir sie auch noch so früh in Behandlung bekommen, immer schon zu spät bekommen, dass in einem anderen Teil zwar die Kranken früh kommen, sich aber Mangels grösserer Beschwerden nicht zur Operation entschliessen können, und endlich, dass sie in einer nicht geringen Proportion viel zu spät ärztliche Hülfe nachsuchen.

Wie das ändern? Es gibt hierfür mehrere Wege: zunächst den umfassender populärer Belehrung, wie ich dies bereits vor Jahren vorgeschlagen habe, und wie es Winter[1]) in Königsberg mit grossem Erfolg für die Uteruskarzinome durchgeführt hat. Wir müssen es nicht verschmähen, zum Volke herabzusteigen und ihm klar zu machen, dass es an der Lösung der Krebsfrage mitzuarbeiten hat.

Es muss immer wieder betont werden, dass Unregelmässigkeiten der Stuhlentleerungen bei bis dahin gesunden, speziell darmgesunden Individuen jenseits der vierziger Jahre eine gründliche allgemeine und lokale Untersuchung erfordern. Es muss darauf hingewiesen werden, dass Mastdarmblutungen oder Blutungen aus den unteren Darmwegen überhaupt unter allen Umständen eine digitale Untersuchung erfordern, und zwar nicht erst nach Wochen oder Monaten, sondern sofort. Es muss ferner breiten Volksschichten immer wieder eingeprägt werden, dass wiederholt am Tage oder in der Nacht sich äussernder Stuhldrang ein Symptom ist, das in vielen Fällen harmlos ist,

[1]) Winter, Die Bekämpfung des Uteruskrebses. Stuttgart. 1904.

in anderen aber Zeichen eines ernsten, chirurgisch erfolgreich zu beseitigenden Leidens ist.

Auch hierbei kann der Sachverhalt nur durch Finger- oder Spiegeluntersuchung festgestellt werden.

Für die Ausbreitung dieser Vorschriften kann man nun verschiedene Wege betreten: einmal den durch populäre Belehrungen. Dieser Weg ist von Winter eingeschlagen worden, und er hat vieles für sich. Ob er aber in wirklich dauernder Weise prophylaktischen Nutzen stiftet, möchte ich bei der Indolenz des Publikums und bei der oberflächlichen, schnell verpuffenden Art, in welcher grosse Volksschichten, zumal in gesunden Tagen, solche Mitteilungen lesen, doch bezweifeln.

Dagegen erscheint mir wirksamer ein anderer Weg, den ich im folgenden vorschlagen möchte: Er besteht darin, dass innere Ärzte und Chirurgen auf der Rückseite der Rezeptformulare die oben genannten Vorschriften, die sich mit Leichtigkeit auch auf Magen, Darm, Uterus und Mammakrebse ausdehnen lassen, abdrucken.

Hierdurch werden Tausenden von Kranken die wichtigsten Frühsymptome eingeprägt und immer wieder vor Augen geführt. Sie haben Gelegenheit, auch mit anderen, ihnen nahestehenden Personen diese zu besprechen, und sie werden so im Laufe weniger Jahre zum festen Allgemeinbesitz der Kranken und Gesunden werden. Haben aber erst hundert Ärzte diese Alarmsymptome in ihren Rezeptformularen aufgenommen, so werden die übrigen nicht nachstehen wollen. Sie werden nicht einmal dazu angehalten zu werden brauchen, etwas zu tun, was ihrem Ansehen im Publikum nur nützen kann.

Ein zweiter Weg ist der bessere Unterricht in der Karzinomdiagnose überhaupt und speziell der inneren Karzinome. Es muss durchaus und immer wieder betont werden, dass auf den Universitäten die Ausbildung in der Karzinomdiagnose keine ausreichende ist.

Ich kenne fleissige und strebsame Ärzte, die mir in meinen Kursen erklärt haben, während ihrer Studienzeit niemals ein Rektumkarzinom gefühlt zu haben. Und selbst bei alten, erfahrenen Ärzten ist dies, wie mir bekannt, nicht anders. Hierin kann Wandel geschaffen werden einmal durch die Fortbildungskurse, sodann aber auch durch Unterrichtskurse in den jetzt bereits in grösserer Zahl vorhandenen Krebsinstituten. Bei der Leichtigkeit, mit der heutzutage geeignete innere, chirurgische,

gynäkologische und dermatologische Lehrkräfte zur Verfügung stehen, wird es nicht schwer fallen, in 2—4wöchentlichen Lehrkursen die wichtigsten Arten und Formen der Karzinome zu demonstrieren, zugleich mit Rücksicht auf die Ätiologie, pathologische Anatomie und Chirurgie.

Auf diese Weise wird und muss, wenn auch nur allmählich, in grösseren ärztlichen Kreisen die Lehre von der Diagnose überhaupt festen Fuss fassen und dadurch häufiger als bisher eine wirkliche Frühoperation ermöglicht werden.

Allerdings möchte ich nicht so weit gehen, von diesen Massregeln eine neue Ära für die Bekämpfung der hohen Krebsmortalität zu erwarten. Dazu ist, wie ich das auszusprechen mich nicht scheue, die operative Behandlung des Karzinoms überhaupt nicht im Stande. So lange aber das Messer das einzige Mittel ist, das wir zu diesem Zweck besitzen, soll es auch möglichst vielen Karzinomkranken zugute kommen. Dass die Zahl der operablen Fälle auf Grund der von mir gemachten Vorschläge wesentlich wachsen kann, das unterliegt für mich keinem Zweifel.

6. Komplikationen des Mastdarmkarzinoms.

Mastdarmkarzinome gehen ebenso wie Karzinome an anderen Teilen des Körpers vielfach mit Komplikationen einher. Manche darunter stehen mit der Grundkrankheit in keinem Zusammenhang und sind rein zufällig. Andere dagegen stehen in direkter Beziehung zu dem Karzinom. Die folgende Übersicht ergibt die wichtigsten Komplikationen meines Materials.

1. Lungentuberkulose (3 Fälle).
2. Schluckbeschwerden [ohne mechanisches Hindernis] (1 Fall).
3. Hämorrhoiden (2 Fälle).
4. Lebermetastasen (7 Fälle).
5. Uteruskarzinom (1 Fall).
6. Myoma uteri (2 Fälle).
7. Drüsenmetastasen in abdomine (1 Fall).
8. Impotenz (2 Fälle, 1 nach der Operation).
9. Atrophie der Magenschleimhaut (2 Fälle).
10. Diabetes mellitus (5 Fälle).
11. Ascites (1 Fall).
12. Nephritis (1 Fall).
13. Hyperacidität (1 Fall).
14. Cystitis (1 Fall).

15. Multiple Geschwulstbildung (Enchondrom, Fibrom, Lipome) 1 Fall.

Diese Zusammenstellung ist keineswegs vollständig. Manche unwesentliche oder auch selbstverständliche Komplikationen (wie z. B. Arteriosklerose) sind nicht mit eingerechnet. Aber auch von den aufgezählten sind die meisten Komplikationen, wie aus der Seltenheit der Vorkommnisse ersichtlich, rein accidenteller Natur. Nur zwei Komplikationsarten gehen über das rein kasuistische Interesse hinaus: die Lebermetastasen und der Diabetes mellitus. Was die anderen betrifft, so ist sicherlich die Zahl der Lebermetastasen im Verhältnis zu der Krankenzahl viel zu gering angegeben. Das ist nicht auffallend, wenn man bedenkt, dass zahlreiche Kranke nur ganz kurze Zeit, nicht wenige sogar nur ein einziges Mal Gegenstand der Untersuchung waren. Ausserdem sind nur solche Fälle als Lebermetastasen verzeichnet, bei denen nicht bloss eine Vergrösserung des Organes, sondern schon fühlbare Geschwulstknoten nachweisbar waren.

Sehr auffallend ist die Häufigkeit des Diabetes mellitus bei Rectumkarzinomen, während diese Komplikation bei anderen inneren Karzinomen, speziell denen der Speiseröhre und des Magens, erheblich seltener vorkommt[1]). In allen fünf Fällen mit gleichzeitigem Diabetes ging der letzteren, soweit man darüber ein Urteil abgeben kann, der Karzinomerkrankung mehr oder weniger lange Zeit voraus. Es ist also möglich, dass Änderungen der Lebensweise, vielleicht auch die Austrocknung der Gewebe, zur Begünstigung der Karzinomentwicklung beitragen.

Von den übrigen Komplikationen ist zunächst ein Fall von gleichzeitigem Uterus- und Rectumkarzinom zu erwähnen. In diesem Falle wurde von einem Gynäkologen der Uterus exstirpiert, während das Karzinom des Rectum übersehen wurde. In zwei anderen Fällen lagen neben dem Rectumkarzinom Myome des Uterus vor. In einem Falle bestanden neben dem Rectumkarzinom nicht weniger als drei andere gutartige Geschwulstformen: ein Enchondrom der linken Backe, ein Fibrom der rechten Mamma und endlich zwei grosse Lipome, eins an der rechten hinteren Lumbalgegend und ein zweites am rechten Schulterblatt. Bei solchen Kranken muss man wohl an eine Disposition für Geschwulstbildung denken.

---

[1]) cf. Boas, Über Karzinom und Diabetes. Berliner klin. Wochenschr. 1903. No. 11.

7. Die interne Behandlung der Rectumkarzinome.

Darüber, dass die interne Behandlung der mit Rectumkarzinom Behafteten nur eine palliative sein kann, ist kein Wort zu verlieren. Aber auf der anderen Seite hat die interne (palliative) Behandlung des Mastdarmkrebses schon deshalb ihre grosse Berechtigung, weil nach meinen Erfahrungen heutzutage ca. 80 pCt. überhaupt in einem nicht mehr operablen Zustande in die Hände des Internisten kommen. Hierzu kommt noch, dass das Rectumkarzinom gegenüber sämtlichen höher oben gelegenen Karzinomen des Intestinaltractus eine besondere und, wie ich gleich vorwegnehmen will, besonders günstige Stellung einnimmt. Schon die Tatsache, dass Kranke mit Mastdarmkarzinom noch bis in späte Stadien ihres Krankheitsprozesses sich eines guten Allgemeinbefindens erfreuen können, beweist, dass das Karzinom als solches, wie dies auch durch die bekannten Untersuchungen Fr. Müllers, Klemperers, Gärtigs u. A. festgestellt ist, keineswegs eine besondere Beeinträchtigung des N-Stoffwechsels herbeizuführen braucht, so lange nicht andere, lebensbedrohende Komplikationen hinzutreten.

Aus diesem Grunde gestaltet sich die Palliativbehandlung der Mastdarmkarzinome zu einer ungleich dankenswerteren Aufgabe als die aller übrigen Karzinome des Verdauungsapparates.

Über die Grundsätze der Therapie bei nicht-operablen Mastdarmkarzinomen herrschen, wie jeder sich aus der Literatur leicht überzeugen kann, keineswegs einheitliche Anschauungen. Meist findet man, was die Ernährungsgrundsätze betrifft, die bekannten Vorschriften von der reizlosen, wenig Kot produzierenden Kost. Bezüglich der übrigen Therapie werden Abführmittel und Narcotica überall und mit vollem Recht angeführt. Trotzdem dürften sowohl hinsichtlich der diätetischen Behandlung, als auch der medikamentösen Therapie einige speziellere Ausführungen und Winke nicht unerwünscht sein.

Bereits oben ist die Tatsache erwähnt worden, dass Rectumkarzinome schon in früheren, ja im frühesten Stadium inoperabel sein können. Für die interne Therapie ergibt sich hieraus die Forderung, dass, je früher inoperable Fälle in sachgemässe Behandlung kommen, um so besser für die Kranken.

Bei den inoperabeln Mastdarmkarzinomen bestehen im wesentlichen drei Aufgaben: 1. Erhaltung und womöglich Hebung des Kräftezustandes; 2. möglichst lange Erhaltung einer guten

Darmpassage; 3. Vermeidung aller das Karzinom mechanisch treffenden Reize. Je mehr wir imstande sein werden, im einzelnen Falle diesen drei Forderungen zu genügen, um so länger werden wir den Kranken erhalten, und zwar in gutem Zustand erhalten.

Die erstgenannte Forderung stösst bei den Mastdarmkarzinomen, wenn sie sonst sachgemäss (s. u.) behandelt werden, nur selten auf grosse Schwierigkeiten. Meist haben die Kranken guten Appetit, und da die Assimilation in den oberen Verdauungswegen, wenn nicht gerade Metastasen der Leber oder Ascites vorliegt, keinen Störungen unterworfen ist, so kann mit einer einzigen, weiter zu besprechenden Restriktion, die Ernährung der Kranken mit Mastdarmkrebs der normaler Menschen im wesentlichen analog sein.

Ich halte diesen Gesichtspunkt für keineswegs gleichgültig und noch weniger für selbstverständlich. Wäre das letztere der Fall, so käme ich nicht immer wieder in die Lage, den Ernährungsplan, den mir solche Kranke von ihren Ärzten mitbringen, vielfach zu ändern, zuweilen sogar in sein direktes Gegenteil umzukehren.

Vielfach kommt der Gedanke im Ernährungsplan zum Ausdruck, die Verdauungsorgane zu schonen, also das Prinzip in den Vordergrund zu rücken, das man gemeinhin als „blande Diät“ bezeichnet.

Zu einer solchen blanden Diät liegt hier aber gar kein Grund vor. Im Gegenteil möchte ich glauben, dass eine über Gebühr ausgedehnte Schonungsdiät nicht bloss der Forderung der guten Kräfteerhaltung widerspricht, sondern auch die Darmtätigkeit des Kranken in sehr eingreifender Weise schädigt.

Nach meiner Meinung müssen Mastdarmkranke nach folgenden Grundsätzen ernährt werden: 1. muss die Nahrung eine gemischte sein. Das Verhältnis zwischen N-haltiger und N-freier Kost kann etwa den normalen Verhältnissen (1 : 3½—5) entsprechen, der N-Gehalt soll aber eher etwas an der oberen als an der unteren Grenze des Vorgeschriebenen liegen.

2. Die Fette können in normalen Mengen gereicht werden. Dabei ist es aber keineswegs erforderlich, dass, wie es bei Magen- und anderen Darmkrankheiten immer wieder vorgeschrieben wird, es sich um Butter- oder Sahnenfett handelt, sondern es können hier auch andere, sonst verbotene Fettarten, ohne Störungen hervorzurufen, gegeben werden. So pflege ich in solchen Fällen auch Gänsefett, Schweinefett, fette Fische (Lachs,

Aal, Karpfen, Steinbutt) zu gestatten, und ich habe nie die Beobachtung gemacht, dass hierbei irgend welche Störungen in der Verdauungstätigkeit, mit Ausnahme der auch sonst zu beobachtenden, vorkommen.

3. Die Kohlehydrate können gleichfalls in normaler Menge gereicht werden; hierbei sollte den Zuckerarten im Nährbudget ein besonders grosser Anteil zugemessen werden. Denn die Zuckergruppe besitzt neben den ernährenden auch sehr wertvolle antiobstipative Eigenschaften.

Von sonstigen Kohlehydraten sind es besonders die Gemüse und die einen reichlichen Fettzusatz gestattenden Mehlspeisen, die in dem Ernährungsplan stark zum Ausdruck kommen sollen. Nur ist es notwendig, bei den Gemüsen das Schlackenmaterial durch sorgfältiges Zerkleinern und Zerreiben der Gemüse zu entfernen.

Damit kommen wir auf die obengenannte diätetische Restriktion. Die Gefahr, die dem intern behandelten Mastdarmkrebskranken in erster Linie droht, ist die Versperrung der Darmpassage und der ihr folgende Ileus. Unser ganzes therapeutisches Denken hat daher vornehmlich die Aufgabe, dieses fatale Ereignis zu verhüten oder möglichst lange hinauszuschieben. Der Arzt, der das zielbewusst tut, leistet dem Kranken kaum einen geringeren Dienst als der Chirurg, der dem Kranken eine erfolgreiche Kolostomie macht.

Um dies zu erreichen, ist es notwendig, dem Kranken die mit der Einführung aller schaligen, häutigen, schlackenhaltigen, kernhaltigen Nahrung verbundenen Gefahren zu unterbreiten und ihm die Nahrungsmittel zu nennen und zu verbieten, welche hierbei speziell in Frage kommen. Will der Arzt das nicht, so genügt auch das Verbot, irgend etwas anderes zu geniessen, als was in Breiform gebracht ist. Aber es ist doch von grossem Nutzen für den Kranken, wenn er auf einige besonders gefährliche Nahrungs- und Genussmittel hingewiesen wird.

Häufig auch hört man, dass diesen und anderen Magen- und Darmkranken der Rat gegeben wird, blähende Speisen, wie Erbsen, Linsen und Bohnen, streng zu vermeiden. Ich gedenke an anderem Orte diese traditionellen, sich von Ärztegeneration zu Ärztegeneration forterbenden diätetischen Vorurteile und Irrtümer zu beleuchten; hier mag das Geständnis genügen, dass ich in meiner Privatklinik nahezu allen Magen- und zahlreichen Darmkranken seit Jahren diese verpönten Gemüse, und zwar mit

allerbestem Erfolge, darreiche. Dasselbe gilt naturgemäss auch für Kranke mit Mastdarmkarzinom. Selbstredend werden die Gemüse in allen Fällen sorgfältig in Püreeform übergeführt.

Zu der Kategorie der verpönten Nahrungsmittel gehören auch die sauren. (Die ständige Vorschrift: „Essen Sie nichts Saures", gehört auch heute noch zu dem Hauptrüstzeug mancher Ärzte.) Auch in dieser Hinsicht muss man sehr wohl unterscheiden. Bei Mastdarmkarzinomen ist ein solches generelles Verbot keineswegs zu rechtfertigen. Solchen Kranken z. B. saure Milch, Buttermilch, Kefir, Zitronensäure, Apfel- und andere Fruchtsäuren ganz allgemein zu verbieten, dazu liegt meines Wissens absolut kein plausibler Grund vor. Aber auch von theoretischen Gründen abgesehen, spricht meine reiche Erfahrung in der Behandlung Mastdarmkrebskranker keineswegs zu Gunsten derartiger prinzipieller Verbote.

Auf andere, gleichfalls mit Vorliebe auf den Index gesetzte Nahrungs- und Genussmittel bei diesen und anderen Magendarmkranken einzugehen, muss ich an diesem Orte verzichten, die obigen Ausführungen werden dem Leser bereits eine Vorstellung davon geben, wie viel Schutt aus alter Zeit noch abgegraben werden muss, bis wir uns zu rationellen, den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden diätetischen Lehren durchgekämpft haben.

Bereits oben haben wir der Notwendigkeit gedacht, alles zu vermeiden, was die Darmpassage vorübergehend oder dauernd hemmen könnte. Auf der einen Seite verhüten wir dies durch Vermeidung, kurz gesagt, unverdaulicher Nahrung, auf der anderen dadurch, dass wir schon auf diätetischem Wege die Darmtätigkeit zu einer maximalen Leistung anspannen. Die Diät bei Mastdarmkrebskranken soll sich also dem nähern, was ich als Obstipationsdiät bezeichnet habe[1]). Es liegt auf der Hand, dass beim Mastdarmkarzinom diejenigen antiobstipativen Mittel gewählt werden müssen, welche den Darm mechanisch am wenigsten reizen. Die Diät wird also ganz besonders Zucker, Säuren, Salze, Fette und fette Öle bevorzugen müssen.

Durch eine solche, in passender Form und Kombination gereichte Diät kann man in manchen Fällen bereits eine deutliche Besserung der Obstipationsbeschwerden erkennen, für die ein

---

[1]) Vgl. Boas, Obstipation und Hämorrhoiden. Deutsche Klinik. Bd. V. S. 555—584.

guter Massstab in der Verringerung des Tenesmus gelegen ist. Aber keineswegs erreicht man es in allen. Haben wir es doch vielfach mit Kranken zu tun, bei denen eine lang zurückliegende Obstipationsära zu verzeichnen ist.

Aber auch in diesen Fällen ist trotzdem eine nach den obigen Prinzipien zusammengesetzte Diät von Vorteil, insofern die Dosis der Abführmittel, auf die wir sofort zu sprechen kommen werden, jedenfalls im Anfang sehr klein gewählt werden kann.

Ganz ohne Abführmittel kommen wir nach meinen Erfahrungen in Fällen von inoperablem Mastdarmkarzinom selten, mindestens nicht für längere Zeiten, aus. Wir haben aber die Aufgabe, diese Mittel einerseits in wirksamer, andererseits in schonender Form zu reichen.

Dass hierbei Mittel, wie Aloe, Podophyllin u. dergl. teils unsicher, teils zu stark wirkende Medikamente nicht in Frage kommen, braucht nicht erst betont zu werden. Die nach meinen Erfahrungen geeignetsten sind in diesen Fällen kleine Dosen Bitterwasser, Ricinusöl (2—3 Kapseln pro die), das Pulv. liquir. comp., Pulv. Rad. Rhei, Flor. sulfur. Fl. extr. Cascar. sagrad., die Magnesiapräparate und verschiedene, aus diesen Mitteln zusammengesetzte Kompositionen, am besten in flüssiger oder Pulverform, schon erheblich weniger angemessen in Pillen- oder Tablettenform.

Die Wirkung der Diät und Abführmittel muss sorgfältig kontrolliert werden. Sie ist ungenügend, solange noch der Tenesmus immer wiederkehrt. Erst wenn es uns durch beide Komponenten gelungen ist, einen ein- oder zweimaligen ergiebigen Stuhl zu erreichen, können wir mit unserer Verordnung zufrieden sein. Andernfalls müssen wir die Dosen vorsichtig steigern.

In einzelnen Lehrbüchern, auch solchen über Darmkrankheiten, findet sich die Vorschrift, die Obstipation bei Mastdarmkarzinom mittelst Klystieren zu behandeln. Eine einfache Überlegung lehrt aber, dass mit solchen Mitteln absolut nichts zu erreichen ist. Allenfalls kann man die bereits durch die verengte Passage gelangten tief sitzenden Kotmassen heraus befördern. Zu diesem Behufe bedarf es aber keiner eigentlichen Einläufe. Das tut schon eine kleine, 10—20 g betragende Oliven- oder Süssmandelöl-, schlimmsten Falles Ricinusölinjektion.

Mit allen solchen Applikationen, von den letztgenannten vielleicht abgesehen, sind aber immer auch mechanische und event. auch chemische Irritationen verbunden, die gerade bei dem

ungemein empfindlichen Karzinom am besten ganz zu vermeiden sind.

Die wesentliche und häufigste Ursache der Irritationen liegt aber wiederum in der Qualität der Nahrung. Wir haben bereits oben einige der wichtigsten schädlichen Substanzen angeführt. Zu den genannten kommen noch einige andere hinzu, die wir im folgenden detailliert anführen werden. Vor allem sind Salate, in welcher Form sie auch gebracht sein mögen, zu vermeiden. Dasselbe gilt auch für Wurzelgemüse und für rohes Obst. Desgleichen sollte auch der Wein- und Biergenuss so viel als möglich beschränkt werden, besonders in den mit hartnäckigen Blutungen einsetzenden Fällen.

Ein wichtiger Punkt in der Therapie der Mastdarmkarzinome betrifft den Tenesmus. Soweit dieser nicht schon durch die Diät, in Verbindung mit leichten Abführmitteln, bekämpfbar ist, werden wir ihn durch leichte narkotische Mittel meist in Schranken halten. In der Regel genügen hierzu Suppositorien von Codein oder Dionin mit Belladona. In besonders schweren Fällen mögen auch solche von Morphium oder Heroin in Frage kommen. Doch kommt man mit den erstgenannten in den meisten Fällen aus.

Eine leider nur zu einem Teil erfüllbare therapeutische Indikation geben häufig auftretende Mastdarmblutungen. Wir besitzen bisher kein sicheres Mittel, dieser bisweilen recht fatalen Komplikation mit Nachdruck zu begegnen. Ich selbst habe in einem Fall von heftigen Blutungen, die zu schwerer Anämie geführt haben, von $CaCl_2$-Injektionen (10prozentige Lösung) gute Erfolge gesehen. Der Fall ist aber nicht lange genug beobachtet worden. Inwieweit man durch Adrenalin- oder Suprarenininjektionen (1 : 1000) oder durch das sonst als Hämostaticum sehr geeignete Wasserstoffsuperoxyd gute Erfolge erzielen kann, muss erst noch weiter erprobt werden.

8. Indikationen zur Operation der Mastdarmkarzinome.

Da die grosse Mehrzahl von Rectumkarzinomen zunächst den Internisten aufzusuchen pflegt, so ist es dessen Aufgabe, sich ein Urteil über die Operabilität des vorliegenden Falles zu bilden.

Massgebend hierfür sind nach meinen Erfahrungen folgende Umstände: Zunächst ist festzustellen, ob nicht schon Metastasen oder gar Ascites vorliegt. Es ist einleuchtend, dass in solchen Fällen eine radikale Heilung des Krebsleidens nicht möglich ist. Aber andererseits ist es nicht so klar, ob man nicht in leicht

exstirpierbaren Fällen von Rectumkarzinom doch die Operation auch in solchen Fällen versuchen sollte. Denn ich habe mehrfach gesehen, dass der primäre Tumor sehr leicht beweglich und anscheinend mühelos entfernbar war, während schon unzweifelhafte Lebermetastasen vorlagen.

Der zweite Punkt betrifft den Sitz und die Beweglichkeit des Tumor. Von allen Chirurgen wird anerkannt, dass im wesentlichen die leichte Beweglichkeit der Neubildung das ausschlaggebende Moment ist. Ist diese zweifellos vorhanden, dann ist es die Pflicht des inneren Arztes, gleichgültig, ob der Tumor hoch oder tief sitzt, den Fall dem Chirurgen zur Operation zu überweisen. Die Schwierigkeit beginnt erst, wenn noch eine gewisse Beweglichkeit vorhanden ist. Je höher und unbeweglicher der Tumor sitzt, um so geringer sind dann die Chancen und umgekehrt. In diesen Fällen werden auch die Meinungen der Chirurgen auseinander gehen. Gerade in solchen zweifelhaften Situationen ist eine Personalunion zwischen Internisten und Chirurgen geboten.

Ausser der Beschaffenheit des Tumors greifen aber noch andere Erwägungen Platz. Zunächst das Alter und die allgemeine Beschaffenheit des Organismus. Es wird wohl allgemein als Grenze des operabilen Alters das 70. Lebensjahr betrachtet. Zwar hat das, wie alle Grenzbestimmungen, etwas Schematisches, indessen spricht doch die tägliche Erfahrung dafür — auch aus meiner Statistik kann ich es beweisen —, dass Kranke mit 70 und darüber keinen schweren Eingriff aushalten und, wenn auch nicht der Operation, so doch den auf diese folgenden Komplikationen unterliegen. Dass unter besonders günstigen Verhältnissen hier auch einmal Ausnahmen vorkommen können, bedarf keiner Betonung.

Abgesehen vom Alter, kommen allerlei Komplikationen des Mastdarmkarzinoms vor, die gleichfalls sofort die Operationsfrage in negativem Sinne entscheiden.

Hierzu gehören in erster Linie Metastasen. Speziell kommen, wie bereits mehrfach erwähnt, Lebermetastasen im Verlaufe des Rectumkarzinom durchaus nicht selten vor. Ja, es brauchen nicht einmal fühlbare Knoten der Leber vorzuliegen, sondern nur ein auffallend harter, starrer, wenig beweglicher Leberrand, um für mich die Vornahme einer Totalexstirpation zu kontraindizieren. Dasselbe gilt naturgemäss vom Ascites oder der Peritonealkarzinose oder auch von isolierten, im Abdomen fühlbaren Drüsenpaketen.

Ausser diesen mit dem Tumor selbst in Verbindung stehenden Komplikationen wirken noch zahlreiche bei der Erwägung der Indikationsfrage zur Operation mit. Einer der wichtigsten ist die Koinzidenz von Mastdarmkarzinom und Diabetes, die ich mehrfach beobachten konnte. In solchen Fällen ist meiner Meinung nach eine Operation nur bei zurzeit zuckerfreien oder leicht zu entzuckernden Patienten indiziert. Dass sie auch in solchen Fällen wegen der Gefahr des Coma diabeticum als eine sehr ernste und prognostisch zweifelhafte angesehen werden muss, bedarf keiner Erwähnung. Gänzlich kontraindiziert ist die Operation bei Diabetes mit Acetongehalt des Urins.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Krankheitsdauer im Augenblicke der Konsultation. Dieses Moment ist wohl am wenigsten verlässlich. Es gibt, wie ich bereits oben betont habe, Fälle, bei denen die ersten Symptome erst wenige Wochen zurückliegen und doch schon von einer radikalen Operation keine Rede sein kann. Ebenso kommt auch das Umgekehrte vor. Ich habe Kranke mit mehr als 6monatlichem Bestehen ihres Mastdarmkrebses gesehen, bei denen eine Radikaloperation durchaus noch indiziert war[1]).

Wenn diese beiden Vorkommnisse auch nicht die Regel bilden, so zeigen sie jedenfalls soviel, dass die Zeit des Bestehens nicht unbedingt massgebend ist für die Beurteilung der Ausbreitung.

Dagegen scheint es in der Tat, als ob die Art des Karzinom eine wichtigere Rolle spielt. Petersen und Colmers[2]) haben nachgewiesen, dass es manche Formen gibt, die 100 pCt. Heilung ergeben (Carcinoma papilliforme und mikrocysticum), während das Carcinoma gelatinosum stets rezidiviert. Wenn sich diese Angaben bestätigen sollten, so stände, wie dies die genannten Forscher auch bereits begründen, die Klinik vor einer neuen Aufgabe: nicht bloss das Karzinom als solches zu diagnostieren, sondern auch die spezielle histologische Form desselben festzustellen, Diese Aufgabe könnte durch kleine Probeexzisionen ohne grössere Schwierigkeiten auch von Internisten gelöst werden.

Solange wir von diesem Ziele noch entfernt sind, wird die Prognose der operativen Behandlung, d. h. der Exstirpation des

---

1) Boas, Mitteilungen aus den Grenzgebieten. Bd. XV. H. 1 und 2.

2) Petersen und Colmers, Anatomische und klinische Untersuchungen über die Magen- und Darmkarzinome. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 43. H. I. 1904.

Rectum, sowohl was den unmittelbaren Ausgang, als auch was die Dauerheilung betrifft, niemals mit Sicherheit oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen sein. Da wir aber über wirksame innere Mittel nicht verfügen, so werden wir, wo nur einigermassen günstige Chancen für die Exstirpation des Tumor bestehen, und falls Kontraindikationen anderer Art nicht vorliegen, zur Operation raten.

In zahlreichen, ja wohl in den meisten Fällen ist in dem Augenblicke, wo die Kranken unsere Hülfe aufsuchen, der rechte Zeitpunkt zur Operation bereits verpasst, und es handelt sich dann um die Erwägung einer etwaigen Hülfsoperation, d. h. der Kolostomie.

Es ist in der chirurgischen Literatur viel für und wider die Kolostomie geschrieben worden, und es kann hier nicht meine Aufgabe sein, die Frage nach allen Richtungen hin zu diskutieren. Soweit ich unterrichtet bin, haben zur Zeit die meisten Chirurgen keine besondere Vorliebe für Fisteloperationen. Wir haben dieselben Wandlungen bei der Gastrostomie erlebt, die früher emphatisch gepriesen und jetzt beinahe ganz aufgegeben worden ist. Meiner Meinung nach mit Recht. Und dasselbe gilt auch, wie ich auf Grund eigener reichlicher Erfahrung sagen darf, für die Kolostomie. Wenn eine Palliativoperation in Frage kommt, so sollte sie auch wirklich allen Anforderungen nach Linderung, auch im kosmetischen Sinne, entsprechen. Wenn sie dies nicht tut und wenn die durch Schmerzen und sonstige Beschwerden schon an sich bis zum äussersten Masse gedrückten Karzinomkranken nun nach der Kolostomie immer wieder gezwungen sind, sich mit ihren Gebrechen zu beschäftigen und dazu noch in einer abstossenden, ja sogar widerlichen Weise, so wird man so lange als möglich abwarten und erst alle inneren Mittel erschöpfen, bis man zu der Anlegung eines Anus praeternaturalis den Rat gibt.

Selbstverständlich sollte man nie solange warten, bis der schon an sich erschöpfte Kranke bis zum äussersten Grade des Darmverschlusses angelangt ist. Dann bedeutet die Operation meist nichts anderes als eine Beschleunigung des Endes. Ich habe es mir daher zum Grundsatz gemacht, die Operation solange zu verschieben, bis man durch diätetische und sonstige milde Abführmittel keine ausreichende Entleerung mehr erzielt. Man kann das, abgesehen von den eigenen Schilderungen der Kranken und der Besichtigung der Dejektionen, auch durch zunehmenden

Meteorismus und die Fühlbarkeit von mit kotgefüllten Darmschlingen leicht feststellen.

Unter Berücksichtigung dieser Indikationen ist es mir in den meisten Fällen gelungen, die Kranken ohne Kolostomie solange zu erhalten, als es mit dieser in der Regel gelingt. Besonders interessant war mir ein Fall, den ich mehrfach zusammen mit Herrn Prof. Dr. J. Schwalbe zu beobachten Gelegenheit hatte. Hier handelte es sich um ein Rectumkarzinom, das seit 4 Jahren bestand. Bis in die allerletzten Phasen der Krankheit gelang es, einerseits durch passende Diät und Abführmittel, andererseits durch das in solchen Fällen unentbehrliche Morphium und ähnliche Narkotika, den Kranken in einem ganz erträglichen Zustand zu erhalten. Es ist mir sehr fraglich, ob der Kranke sich mit einem Anus praeter naturam wohler und zufriedener befunden hätte.

Ausser der Kolostomie wurden früher direkte Ausschabungen des Karzinom mit dem Finger oder dem scharfen Löffel vorgenommen. Man ist aber in den letzten zehn Jahren von diesem Verfahren abgekommen, weil es häufig mit schwächenden Blutungen verbunden ist, der Erfolg ferner nur ein vorübergehender ist und endlich, weil nicht ganz selten, zumal bei hochsitzenden Karzinomen, Perforationen mit nachfolgender Peritonitis beobachtet worden sind.
